

DIE MEHREGENERATIONENPERSPEKTIVE IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS

TRANSGENERATIONAL PERSPECTIVES IN PSYCHOTHERAPY

Peter Kaiser

Zusammenfassung

Lebensprobleme sind stets auch Generationenprobleme: Eltern geben ihr genetisches und soziales Erbe an ihre Kinder weiter, die Prägung und Einfluss ihrer Herkunftsfamilien kaum abschütteln können. Zugleich sind Eltern und Kinder sowie deren Nachkommen einander meist lebenslang primäres Unterstützungssystem und für Gesundheit und Wohlbefinden von höchster Bedeutung. Dabei bergen diese Bindungen zahlreiche Risiken und Anfälligkeiten. Psychotherapeutische Arbeit kann daher von einer sorgsamsten Berücksichtigung der Chancen und Gefahren familialer Generationenbeziehungen in der Zukunft sehr profitieren. Hierzu werden Ansätze, Befunde und Strategien erläutert.

Schlüsselwörter Mehrgenerationen-Familientherapie – Generationenbeziehungen – Genogramm – genographische Mehrebenenanalyse – familiäre Lebensqualität – familiäre Funktionsfähigkeit – Familienkompetenz

Summary

Life problems are inter-generational problems, too. Since parents give children their genetic and social heritage, nobody is independent of this heritage during his/her lifespan. Simultaneously, parents, children, and grandchildren form a lifelong primary mutual aid network. For their well-being and health the other members of the family are of great significance. At the same time, these relationships are highly risky and susceptible to conflicts. Psychotherapy can be useful in many ways being aware of the resources and risks of inter-generational relationships. Approaches, results, and strategies for handling inter-generational problems and developing perspectives for a good future will be presented and discussed in this article.

Keywords trans-generational family therapy – inter-generational relationships – geneogram – genographical multi-level analysis – quality of family life – family competence

Einleitung

Psychische Probleme stehen nur selten nicht in Zusammenhang mit Familienbeziehungen: Die Familie bleibt lebenslang bedeutsam, weil sie 1. ihr Erbgut weitergibt, 2. prä- und postnatal *neuronal* Entwicklung und *Genexpression* beeinflusst, 3. *Entwicklungs- und Sozialisationsinstanz* mit Beispiel- und Vorbildcharakter ist, 4. auch für die meisten Erwachsenen – aufgrund veränderter Altersstrukturen immer länger – Ort gegenseitiger *Unterstützung* und *Verpflichtungen* ist, 5. über den Tod hinaus durch Verfügungen und nicht selten erhebliche Vermögenswerte, aber auch Vermächtnisse und psychische Bindungen Bedeutung haben kann.

Da Generationenbeziehungen sehr störanfällig sind, werden diese in der psychotherapeutischen Praxis auch häufig thematisiert. Zugleich fällt auf, dass das Wissen über familienpsychologische Zusammenhänge und transgenerationale Mechanismen in der psychotherapeutischen Behandlung zum Nachteil der Patienten oft zu wenig Beachtung findet. Auch in der psychotherapeutischen Literatur indes wird oft genug übersehen, dass zu evidenzbasierter Psychotherapie auch gehört, den Forschungsstand zu Art, Ursachen und Auswirkungen der behandelten (transgenerationalen) Probleme zu berücksichtigen. Dabei könnte die psychotherapeutische Praxis zum Wohle der Patienten von familienpsychologischen Erkenntnissen über transgenerationale Interaktionen erheb-

lich profitieren: dient Psychotherapie doch der Verbesserung der Lebensqualität und verspricht umso mehr Erfolg, je mehr dabei auch die primären Bezugspersonen verschiedener Generationen Berücksichtigung finden.

Aufgrund jahrzehntelanger Therapie-, Forschungs- und Ausbildungserfahrung schlage ich im Folgenden ein Konzept zur system(at)ischen Berücksichtigung intergenerationaler Familienbeziehungen vor, das sich am aktuellen Stand der psychologischen Forschung orientiert (vgl. Bradbury und Karney, 1998; Grawe, 1998, 2004; Braukhaus et al., 2000; Bertram, 1997; Kaiser, 2000, 2003, 2005; Hehl, 2002; Lambert, 2004). Dabei werden Ressourcen und Anfälligkeiten aus und in Generationenbeziehungen für Entwicklung und Umsetzung tragfähiger Lebenskonzepte für eine *bessere Zukunft* möglichst aller Beteiligten zu nutzen versucht. Zunächst aber einige familienpsychologische Grundlagen zum Verständnis von Generationenbeziehungen.

Psychologische Besonderheiten familialer Systeme

Die Bedeutung und Besonderheiten der Mehrgenerationenfamilie und der Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen wird bei ihrer Betrachtung und der Beantwortung der Frage, was Familie ist und wie sie funktioniert, deutlich. Familie ist zu begreifen als Gruppe verwandter Personen *verschiede-*

ner Generationen mit gemeinsamer Geschichte, Gegenwart und Zukunft. Familienmitglieder sind durch Blutsverwandtschaft, (nicht-)eheliche Lebensgemeinschaft, Pflugschaft oder Adoption direkt bzw. über Angehörige miteinander verbunden. Die elementaren Lebensbereiche wie Partnerschaft und Sexualität, Zeugung und Elternschaft, Geburt, Kindheit und Entwicklung, Leiden und Sterben sind für die meisten Menschen untrennbar mit der Familie verbunden. Die Kultur des christlichen Abendlandes und deren Rechtsordnungen favorisieren und privilegieren diese Lebensformen weiterhin. Mehr als 80 % aller Erwachsenen heiraten (mindestens) einmal in ihrem Leben. Knapp zwei Drittel bleiben lebenslang mit ihrem Partner zusammen, mehr als ein Drittel wird geschieden. Homosexuelle kämpfen vehement dafür, heiraten und eine (Stief-)Familie gründen zu dürfen und damit auch formal in den Familienverband aufgenommen zu werden (Vaskovich, 2000; Fthenakis und Textor, 2004). Selbst nichteheliche Lebensgemeinschaften, die zwar zunehmen, aber nur von einer sehr kleinen Minderheit dauerhaft als *Alternative* zur Ehe angesehen werden, sind Subsysteme einer Mehrgenerationenfamilie (BMFS, 1994, 1998; Nave-Herz, 2004; DESTATIS, 2005).

Wenn Ehen zerbrechen, erschüttert dies meist auch das System der Mehrgenerationenfamilie und geht oft mit Nachteilen für den *gesundheitlichen* und *sozialen Status*, ja die *Lebenserwartung* einher (vgl. BMFS, 1994, 1998; Amato, 2000; Schwarzer, 2004). Dies zeigt, wie tiefgreifend die psychologischen Auswirkungen sein können, die in ihren Differenzierungen im Einzelfall genauer zu ermitteln sind. Überblickt man die vielfältigen Ansätze und Ergebnisse zur Psychologie der Familie, lässt sich Familie als Mehrgenerationenfamilie folgendermaßen charakterisieren (vgl. Schneewind, 2001; Nave-Herz, 2004; Perrez, 2000; Kaiser, 1989, 2002b, 2004, 2005; Rollett und Werneck, 2002; Hofer et al., 2002; Fthenakis und Textor, 2004):

- Familien sind *autopoietische Systeme* mit ausgeprägter Interdependenz und sozialer Verflechtung der Angehörigen unterschiedlicher Generationen, die lernfähig und flexibel in der Gestaltung ihrer Strukturen sind.
- Die *formale Mitgliedschaft* ist gekennzeichnet durch *Exklusivität* und *Kontinuität*. Eine gleichzeitige Mitgliedschaft in mehreren Familien ist rechtlich unmöglich.
- *Informell* können auch Nichtverwandte, zu denen enge stabile Bindungen bestehen, Familienmitglieder sein (z.B. Mitbewohner, u.U. sogar Haustiere).
- Das Familienleben spielt sich innerhalb eines gemeinsam geteilten Privatlebens immer derselben Angehörigen verschiedener Generationen ab, die nicht unbedingt zusammenwohnen (Multilokalität), sich aber als Gruppe nach außen abgrenzen.
- Familienleben besteht aus den *Tätigkeiten* und *Interaktionen* der Angehörigen verschiedener Generationen im Rahmen familialer *Rollen, Aufgaben, Rechte* und *Pflichten*. Diese sind ebenso stark *funktional* durch Rollen etc. wie *emotional* geprägt. Wie Familieninteraktionen und -tätigkeiten aussehen, welche Bedeutungen und Effekte sie haben, ist gesetzlich bzw. traditionell sowie durch Erfordernisse der Systemfunktionen festgelegt und im Einzelfall genauer zu ermitteln.

- Familien begründen eine gemeinsame *Lebenswelt*, wobei die Lebenswelten der Angehörigen der unterschiedlichen Generationen nicht unbedingt deckungsgleich sind.
- Familienleben hat stets *Prozesscharakter*, da sich die Familie im *Lebenszyklus* der Mitglieder und im *Familienzyklus über Generationen* ständig verändert. Die Familie hat sich dabei mit wandelnden und z.T. wechselnden Umwelten auseinander zu setzen.
- Mit jeder neuen Paarbeziehung begegnen sich zugleich zwei Mehrgenerationenfamilien mit ihren transgenerationalen Beziehungen, Mustern, Traditionen usw. Diese (nur zum Teil bewusste) Mitgift prägt die Paarbeziehungen und die Entwicklung der Kinder wesentlich.
- Unabhängig von *Familientyp* und *Lebensphase* (s.u.) ist die (meist multilokale) Mehrgenerationenfamilie für die meisten Menschen die wichtigste *Primärgruppe* und als solche für Entwicklung und Sozialisation sowie Gesundheit und Wohlbefinden von höchster Bedeutung.
- Die Mehrgenerationenfamilie erfüllt zentrale Aufgaben der privaten und gesellschaftlichen *Daseinsvorsorge* vor allem im Rahmen der Gesundheits- und Entwicklungsförderung sowie bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Geben und Nehmen der Generationen

Den Befunden der Familienforschung zufolge lassen sich *Struktur- und Prozesskomponenten* unterscheiden, die im *Ergebnis* die Qualität der Generationenbeziehungen und damit die Lebensqualität der Angehörigen bestimmen.

Kontaktdichte und Stabilität der Beziehungen sind je nach Ergebnisqualität abhängig von *Umständen* (z.B. Abhängigkeiten) sowie *Einstellungen* der Beteiligten (s. Abb. 1; vgl. Donabedian, 1980; Bradbury und Karney, 1998; Braukhaus et al., 2000; Kaiser, 2002a, 2003, 2003 a). Zu den wesentlichen Strukturmerkmalen gehört der *Familientyp*.

Familientypen

Grundtyp der Familie ist die *Mehrgenerationenfamilie*, deren Angehörige an einem Ort (*unilokal*) zusammen oder (*multilokal*) verstreut leben. Von hier nehmen alle Familientypen ihren Ausgang: Selbst Personen, die ihre Eltern nicht kennen, sind gleichwohl durch *Gene, Schwangerschaft* und *Geburt* sowie ihre prä-, peri- und postnatal geprägten *neuroanatomischen und -psychologischen Strukturen* lebenslang mit ihren Eltern und damit ihrer gesamten Herkunftsfamilie verbunden (z.B. Bauer, 2002; Grawe, 2004). Kinder entwickeln über Erfahrungen in und mit der Familie schon früh Modellvorstellungen über sich selbst, soziale Beziehungen und das Leben. Die meisten Menschen sind lebenslang über ihre Erfahrungen und/oder Phantasien mit ihrer Herkunftsfamilie verbunden. Wie diese Verbundenheit, deren Bedeutungen und Effekte für die individuelle Lebensqualität aussehen, ist mit den beteiligten Angehörigen genauer zu ermitteln.

Die sog. *Kernfamilie* oder andere Familientypen wie Eineltern, Stief- oder Pflegefamilie sind als im Familienzyklus *phasenhaft* auftretende Subsysteme der (zumeist *multilokalen*) Mehrgenerationenfamilie mit lebenslangen Beziehungen anzusehen (vgl. Bertram, 1997; Fthenakis und Textor, 2004; Nave-

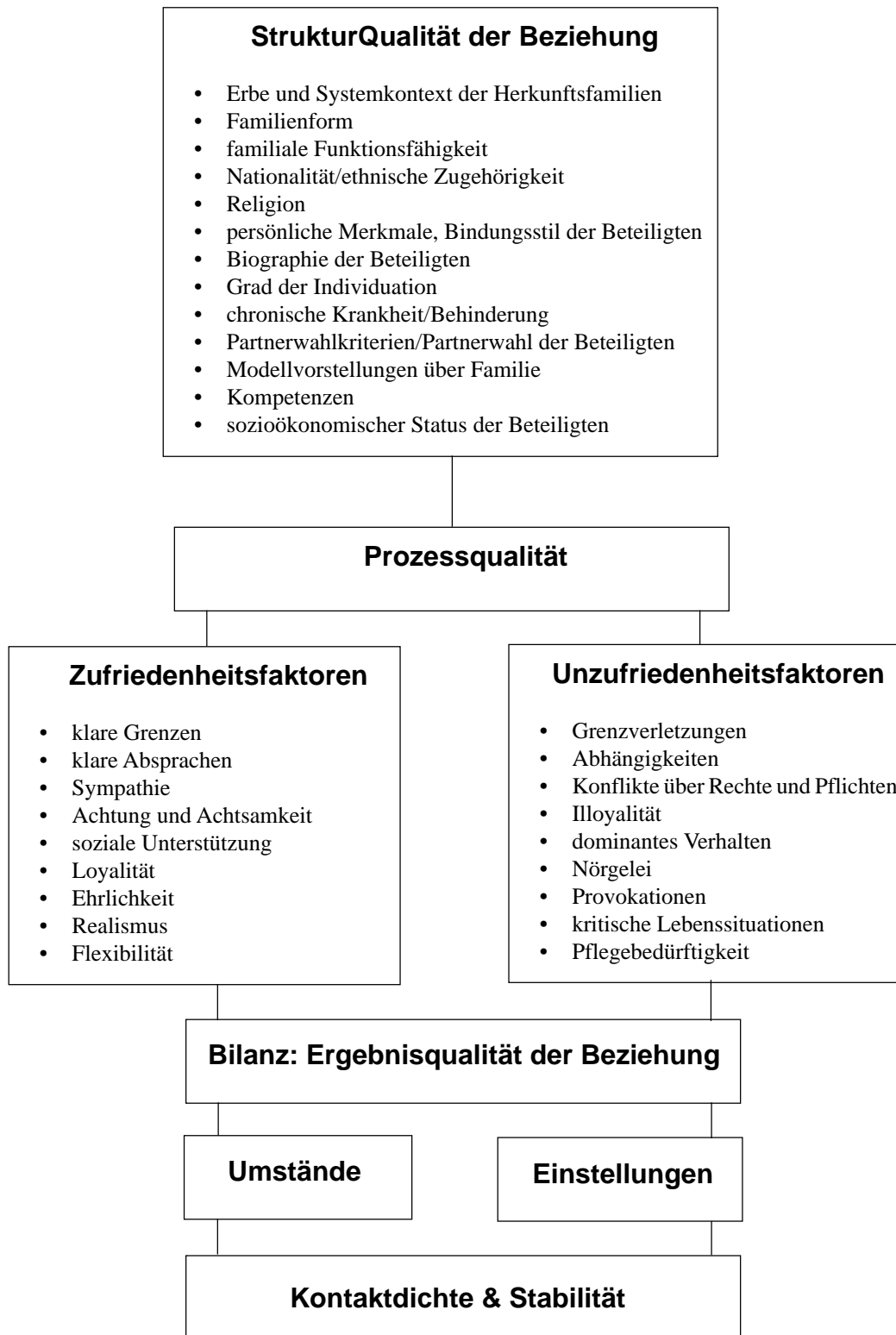


Abbildung 1: Qualitätsdimensionen familialer Beziehungen

Herz, 2004; Kaiser, 2002b). Bertram (1997) fand in einer repräsentativen Stichprobe von 16 000 Patienten, dass die *trans-generationalen* Beziehungen in auf- und absteigender Linie (vertikal) *lebenslang am engsten* sind und sogar den Paarbeziehungen vorgezogen werden. Die Kontaktdichte mit immer älter werdenden Großeltern ist im Erwachsenenalter meist höher als zu Geschwistern, weshalb schon der 5. Familienbericht (BMFS, 1994) von einem „Übergang *horizontaler* zu *vertikalen* Verwandtschaftsstrukturen“ spricht. 90% der unter 5-jährigen Kinder haben dem österreichischen Mikrozensus (BMSSG, 1999) zufolge mindestens einen Großelternanteil, bei 45% leben noch alle vier Großeltern. Den Großvater väterlicherseits verlieren Enkel im Durchschnitt mit 11 Jahren, die Großmutter mütterlicherseits mit 23 Jahren. 30% der 40- bis 59-jährigen Großeltern haben mindestens ein Enkelkind, bei den 60- bis 74-jährigen sind es 62%. Erstmals in der Geschichte sind heute auch längere Beziehungen zwischen erster und vierter Generation für zunehmend mehr Menschen üblich. Dies erhöht den Stellenwert der Familie als entscheidendes *soziales Unterstützungssystem*, das die Angehörigen in vielen Situationen auffängt und ihnen viele Vorteile bringt (BMSSG, 1999; Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1998). Andererseits fällt es vielen Angehörigen schwer, sich genügend abzugrenzen und ihren Handlungsspielraum zu bewahren, da Unterstützung oft in *Abhängigkeiten* mündet (Kaiser, 1989, 2002b, 2004).

Trennen sich Paare mit Kindern, entstehen *Einelternfamilien*, die meist *Mutterfamilien* sind: Scheidungsbedingt wurden z.B. im Jahr 2000 in Deutschland 148 190 Kinder zu „Scheidungs-waisen“. Ob und wie „kritisch“ solche Übergänge für die Betroffenen sind, ist jeweils im konkreten Fall zu klären (Schmidt-Denter, 2000; Amato, 2000; Ohling und Heckerens, 2003; DESTATIS, 2005).

Gehen Alleinerziehende eine neue hetero- oder homosexuelle Partnerschaft ein oder lassen sich Frauen mit *fremdem Spendersamen* künstlich befruchten, entstehen *Stieffamilien*, deren Bedeutung im Gefolge wachsender Scheidungszahlen und der Pluralisierung von Lebensformen zunimmt. Die Fertilisation mit *fremdem* Spendersamen ist in Deutschland gesetzlich verboten, daher gibt es keine verlässlichen Zahlen. Hier besteht keine soziale Beziehung zwischen Vater und Kind, der Vater bleibt meist anonym (geheim), was zeitlebens die *Phantasie* von Mutter und Kind beschäftigt und das Kind des Rechtes auf Kenntnis seines Vaters beraubt. Kinder derselben Mutter von unterschiedlichen Samenspendern sind Halbgeschwister.

Wie Stieffamilien aufgrund solcher Konstellationen funktionieren und welche lebensweltlichen Konstruktionen dabei eine Rolle spielen, ist im Interesse der Beteiligten genau zu untersuchen. Die Betroffenen haben es häufig schwer, da die Traumen von Trennung, Unfruchtbarkeit etc. meistens nachwirken und die resultierenden Lebenskonstellationen oft die Bewältigungskompetenz überfordern. Stieffamilien sind als Familientyp und Lebensform störanfällig. Die Beteiligten können sich nach außen hin meist weniger gut abgrenzen, vor allem wenn

- a) die *Vorbeziehungen* der Partner noch nicht abgeschlossen sind,
- b) die daraus erwachsenen Einelternfamilien mit ihren Strukturen und ihrer Geschichte sich nicht genügend in das neue Familiensystem integrieren und
- c) die Kooperation mit außerhalb lebenden Elternteilen der Kinder nicht gut funktioniert.

So fällt es vielen schwer, mit dieser komplexen Familienform ohne professionelle Hilfe zurechtzukommen (BMFS, 1994, 1998; Kaiser, 2002b, 2003; Fthenakis und Textor, 2004; Wilk et al., 2004, 2004 a, b). Dies gilt generell auch für den Umgang mit den Herausforderungen im Familienzyklus.

Entwicklungsperspektiven im Familienzyklus

Da sich die Familie im *Lebenszyklus* der Mitglieder und im *Familienzyklus über Generationen* selbständig verändert, hat Familienleben stets Prozesscharakter (Kaiser, 2002b; Fthenakis und Textor, 2004). Veränderungen in familialen Beziehungen ergeben sich vor allem durch Heirat und Scheidung, Geburt oder Einschulung von Kindern, Berufseinstieg oder Berentung sowie Wohnungswechsel. Die sich aus dergleichen Übergängen ergebenden Herausforderungen lassen sich als *Entwicklungsaufgaben* verstehen, die je nach Ressourcen und Anfälligkeiten sehr unterschiedlich aussehen und bewältigt werden sowie entsprechender therapeutischer Klärung bedürfen. Im Vordergrund stehen dabei die Anforderungen, denen sich die Angehörigen angesichts einer neuen Konstellation gegenübersehen, und wie gut sie damit zurecht kommen. Der Übergang eines Paares zur Elternschaft wird z.B. von dem Ausmaß der Kontrolle durch die Partner beeinflusst: Wird ein Kind nicht gewollt, steht schon die beginnende Schwangerschaft unter ungünstigen Vorzeichen, von Konflikten und Selbstzweifeln bis hin zu Gedanken über Schwangerschaftsabbruch oder Suizid. Fühlt sich die Schwangere unwohl, gerät auch das Ungeborene unter *Stress*. Dies führt leicht zu Stoffwechselstörungen und sogar Fehlentwicklungen des Gehirns. Bindungsstörungen und andere Probleme der Mutter beeinflussen deren Haltung gegenüber dem Kind, was dessen Stress vergrößert und zu Bindungsstörungen beitragen kann (vgl. Rauh, 2002; Bauer, 2002; Gerhardt, 2004; Grawe, 2004). Auch eine *zu frühe* Geburt (vor der 30. Schwangerschaftswoche) überfordert den für das Leben in einer viel zu komplexen Umgebung noch unreifen Säugling. Bei Komplikationen *vor* und *während* der *Geburt* kann es zu Verletzungen oder Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr kommen, die im Weiteren zu Befindens- und Entwicklungsstörungen, ja sogar Missbildungen und Behinderungen des Kindes führen können (Amendt und Schwarz, 1990; Rauh, 2005; Sarimski, 1996; Cicchetti, 1999;). Ungünstig sind auch die Prognosen, wenn Kinder *unerwünschte Merkmale* aufweisen: Kommt ein Mädchen zur Welt, wenn ein Stammhalter gewünscht wurde, oder statt eines gewünschten Mädchens (abermals) ein Sohn, wird ein solches Kind nicht selten kurzerhand in die gewünschte Geschlechtsrolle hineingedrängt und damit daran gehindert, sich gemäß der eigenen Geschlechtsrolle zu entwickeln. Abgelehnte Kinder sind anfälliger für Selbstablehnung und Minderwertigkeitsgefühle (Schepank,

1987; Amendt und Schwarz, 1990; Janus, 1994; Esser et al., 2001; Petermann und Petermann, 2002; Kaiser, 1989; 2002a, 2004). Bei zwei und mehr Kindern kommt es oft zu einer stärkeren Spezialisierung und „Retraditionalisierung“ der elterlichen Aufgabenverteilung, was die Partner- und Familienzufriedenheit vor allem der Mütter beeinträchtigen kann. Der Kooperation der Väter kommt in dieser Phase hohe Bedeutung zu. Kreppners Längsschnittstudie zufolge (1989) reagierten Mütter bei mangelnder väterlicher Kooperation deutlich repressiver ihren Kindern gegenüber, das Familienklima war gereizter. Kooperative Väter wirkten zugleich als günstige Modelle für die Kinder und bereicherten die familialen Beziehungen. Umgekehrt steigt die elterliche Zufriedenheit, wenn die Kinder sich zunehmend miteinander beschäftigen und die Eltern damit entlasten (vgl. BMFS, 1998; Wagner et al., 1996; Papastefanou, 2002).

So ergeben sich aus jeder Entwicklungskrise im Familienzyklus nicht nur beim Indexpatienten spezielle Ansätze der Früherkennung von Problemen und Prävention nachfolgender Fehlentwicklungen.

Je größer die Ressourcen zum Umgang mit den Herausforderungen im Familienzyklus, umso besser die familiäre Funktionsfähigkeit (Duvall, 1977; Dathe, 1998; Kaiser, 2002b; Textor, 2004; Nave-Herz, 2004).

Funktionsfähigkeit von Mehrgenerationenfamilien und Lebensqualität

Wie sich Familienleben gestaltet und auf die Angehörigen auswirkt, hängt wesentlich von der systemischen Funktionsfähigkeit des mehrgenerationalen Familiensystems ab. Hierzu bedarf es genügender *Ressourcen* und *nicht zu belastender Lebens- und Umweltbedingungen der Mikro-, Meso- und Makroebene* (vgl. ausführlicher BMFS, 1994, 1998; Kaiser, 2000; DGB, 2000; Amato 2000; Schwarzer, 2004; Wissenschaftszentrum Berlin, 2005).

Eine wichtige *Strukturvoraussetzung* für familiäre Funktionsfähigkeit und das Gelingen der Generationenbeziehungen sind die *Paarbeziehungen*. Für letztere ist bereits die *Partnerwahl* von wesentlicher Bedeutung: Je mehr Risikofaktoren die Partner bereits in die Beziehung einbringen, desto ungünstiger die Prognose. Entscheidende Partnerwahlkriterien sind meist *Ähnlichkeiten* bezüglich (belasteter) Familienstrukturen und Interaktionsmuster in den Herkunftsfamilien; viele Menschen scheinen sich (unbewusst) Partner zu suchen, mit denen sie aus ihren Herkunftsfamilien *gewohnte Modelle* des (Zusammen-)Lebens reproduzieren können. Beispiele sind Mutter-söhne, die oft Vatertöchter als Partnerinnen wählen, Herkunft aus einer Eineltern-, Alkoholiker-, Gewalt- oder Inzestfamilie usw. So haben z.B. Partner, die aus Scheidungsfamilien stammen, wiederum ein bis zu viermal höheres Scheidungsrisiko. Wer aufgrund äußerer Umstände, wie in der Nachkriegszeit, geringe Wahlmöglichkeiten hatte, musste sich u.U. mit weniger befriedigenden Kompromissen begnügen und einen Partner akzeptieren, der in mancher Hinsicht nicht den eigenen Kriterien entsprach. Damit war die Basis für Unzufriedenheit und Konflikte gelegt (Heekerens, 1987; Kaiser, 1989, 2000, 2003; Klein, 1991; Diekmann und Engelhardt, 1995; Schmidt-Denter, 2000; Hehl, 2002).

Eine Familie ist dann *funktionstüchtig*, wenn sie als Mehrgenerationensystem mit ihren Subsystemen und Mitgliedern in allen für sie relevanten Bereichen die dort anliegenden Vorhaben und Situationen befriedigend zu bewältigen in der Lage ist (vgl. Massing et al., 1992; Wallerstein und Blakeslee, 1996; Bradbury und Karney, 1998; Schneewind, 2000; Perez, 2000; Gottman und Silver, 2000; Bullinger et al., 2000; Braukhaus et al., 2000; Kaiser, 1989, 2002b, 2005; Framo et al., 2003; Steinmetz und Peterson, 2003; Fthenakis und Textor, 2004). Wesentliche Basis familialer Funktionstüchtigkeit bilden vorliegenden Befunden zufolge Komponenten, die untereinander und mit den Lebenskonzepten und Modellvorstellungen der Angehörigen über Lebensqualität kompatibel sein müssen (vgl. ausführlich Kaiser, 2002b, 2005):

- a) die *real praktizierten Werte, Normen und Regeln*; diese sind oft nur aus alltäglichem Verhalten zu *rekonstruieren*, weil sich die Angehörigen der von ihnen praktizierten Werte nur selten (voll) bewusst sind (vgl. ausführlich Miller et al., 1973; Kelly, 1986; Kaiser, 1982, 1989, 2002b).
- b) *Familienwissen*; Zusammenleben kann nur gelingen, wenn die Angehörigen genügend übereinander, über Befinden, Bedürfnisse, Erlebnisse, Vorkommnisse etc., *wissen*, sich genügend gut kennen. Dies gilt für alle wesentlichen Fakten und Zusammenhänge, sowohl auf *sachlicher* wie *psychosozialer* und *intra-/interfamilialer Ebene*. Angehörige brauchen auch Kenntnisse über die *Wirkungsweise* von Kommunikation und über *Inhalte* wie Gesundheit, Kindererziehung, Ernährung, Partnerschaft etc., damit sie optimal agieren und kooperieren können.
- c) *konstruktive Lebenskonzepte bzw. Modellvorstellungen*; diese lassen sich verstehen als *operative Abbildsysteme* oder mentale Repräsentationen über das (Zusammen-)Leben in den einzelnen Lebensbereichen und Lebensphasen (Miller et al., 1973; Kelly, 1986; Kaiser, 1989; Bretherton, 2001; Gloger-Tippelt, 2001). Familiäre Lebenskonzepte kommen u.a. in *Familientraditionen, Ritualen, Vermächtnissen, Delegationen* sowie in *Geheimnissen* zum Ausdruck und werden meist durch gelebte Alltagspraxis bzw. narrativ von einer Generation an die nächste weitergegeben. Das Individuum kann sich derlei Vorgaben in der Regel nur schwer entziehen, Verstöße führen leicht zu *Konflikten* mit Angehörigen, *Scham- und Schuldgefühlen* (vgl. Stierlin et al., 1977; Kelly, 1986; Kaiser, 1998; Grawe, 1998, 2004).
- d) *konstruktive Kommunikations-, Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen*; da die *Qualität* der Kommunikation wesentlichen Einfluss auf die Familienzufriedenheit hat, ist zu ermitteln, wie geeignet die Kommunikations-, Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen in der betreffenden Familie sind. Dabei ist die Funktionalität der Regeln, Symbole und Signale bezüglich der Ziele familialer Lebensqualität zu prüfen.
- e) *sinnvolle Rollen-, Ressort- und Aufgabenverteilung*; je angemessener familiäre Aufgaben und Rollen Entwicklungsstand, Kompetenz und aktueller Verfassung des damit betrauten Angehörigen entsprechen und je kompetenter die

familialen Aufgaben und Rollen erfüllt werden, desto besser ist dies für die familiale Funktionsfähigkeit. Daher ist zu klären, ob z.B. Kinder als Partner- oder gar Elternersatz, Partner als Kindersatz *funktionalisiert* werden; sonst kommt es leicht zu Enttäuschungen, Loyalitätskonflikten und Fehlentwicklungen; die primäre Rolle wird durch Missachtung nicht außer Kraft gesetzt. *Rollenenerwartungen* Dritter und die *Rollenauffassung* des Rollenträgers sind nicht unbedingt deckungsgleich, was leicht zu Konflikten führt (vgl. Stierlin et al., 1977; Kaiser, 2002b).

- f) *Grenzen*; zur optimalen Funktionsfähigkeit eines Systems braucht es Grenzen nach außen und zwischen den Subsystemen, die klar und reflektiert gehandhabt werden; Paare und Familien, die zufrieden und auf ihre Harmonie bedacht sind, neigen stärker dazu, ihre Privatsphäre abzugrenzen. Sie verbringen mehr Zeit miteinander und legen mehr Wert darauf, dabei ungestört zu sein. Daher ist zu ermitteln, wie befriedigend die Grenzen um die familialen bzw. dyadischen Beziehungen für die Beteiligten gehandhabt werden (Minuchin, 1977; Stierlin, 1978; Kaiser 1989, 2002b).
- g) *Beziehungs- und Bindungsqualität*; Beziehung entsteht aus einer Vielzahl zeitlich begrenzter Tätigkeiten und intra- und intergenerationaler Interaktionen. Dabei sind sowohl die gegenseitigen *Erfahrungen* in der Vergangenheit als auch - über beziehungsbezogene *Modellvorstellungen* - die *Erwartungen* an künftige Interaktionen miteinander von Bedeutung (Hinde, 1993). Wesentliche Beschreibungsdimensionen für Beziehungen sind *Reziprozität/ Komplementarität, Macht* und *Intimität*. Um Lebensqualität und Lebenswelt einer Familie zu erkunden, liegt es daher nahe zu prüfen, wie konstruktiv und verlässlich die *Beziehungen* und *Bindungen* von den Angehörigen unterschiedlicher Generationen gelebt und erlebt werden. Probleme in und zwischen den Generationen erzeugen leicht weitere Probleme im Verlauf der transgenerationalen Entwicklung, indem z.B. Konflikte zwischen Großeltern und Eltern zwischen Eltern und Kindern als *Interaktionsmuster* wiederholt werden (Sperling, 1965; Kerr und Bowen, 1988; Boszormenyi-Nagy und Spark, 1981; Gloger-Tippelt, G., 2001; Kaiser, 1989, 2002b, 2003; Framo et al., 2003; s. Fallbeispiel Abb. 2)
- h) *Kompetenz der Subsysteme und Angehörigen*; eine Mehrgenerationenfamilie braucht kompetente Subsysteme und Angehörige, die ihre familialen *Rollen* und *Aufgaben* kompetent erfüllen können. Um z.B. ihre Kinder gut auf das Leben in Paarbeziehungen vorzubereiten, müssen Herkunftsfamilien als Systeme genügend *funktionsfähig*, das Elternpaar und die anderen Angehörigen genügend *kompetent* sein, um in den relevanten Lebensbereichen (z.B. Partnerschaft, Kindererziehung, Gesundheitspflege) und im Umgang mit der Umwelt (z.B. Nachbarschaft, Schule, Betrieb) angemessen handeln zu können. *Defizite* oder *Störungen* der Funktionsfähigkeit eines Subsystems oder einschlägiger Kompetenzen von Angehörigen vergrößern die Störanfälligkeit des Familiensystems. Daher ist es sinnvoll, zu ermitteln, wieweit die Angehörigen in der Lage sind, den Anforderungen ihrer familialen Rollen

im Rahmen der jeweiligen Konstellation und Phase im *Familienzyklus* (s.u.) kompetent zu entsprechen. Je genauer die diesbezüglichen Befunde, desto präziser können therapeutische Unterstützungsangebote, wie z.B. Klärung und Abgleich von Modellvorstellungen oder Kompetenztrainings, formuliert werden.

Stress und kritische Lebenssituationen

Das Leben in der Familie leidet unter Stress und wird leicht zum Stress. Halten solche Erfahrungen an, wirken sie oft in der folgenden Generation fort: Wer prä- und perinatale Belastungen durch familiales Unglück und kritische Lebenssituationen erlebt, neigt aufgrund resultierender Anschaltung der Stressgene und entsprechender neuronaler Bahnungen und Hirnstrukturen auch selbst zu höherer Stressanfälligkeit und Entwicklungsrisiken (Bauer, 2002; Grawe, 2004). So ist es hoch bedeutsam, ob und wie *transgenerationale Probleme* vor allem Eltern und Kinder überfordern. Diese können beginnen mit unerwünschter Schwangerschaft oder unerwünschtem Geschlecht (s.o.; Kaiser, 1989, 2005). Im Schulalter stehen besonders Leistungsprobleme in der Schule, bei Konflikten zwischen Erwachsenen und ihren (Schwieger-)Eltern Ablösungs- und Abgrenzungsprobleme im Vordergrund. Im späteren Alter sind die Betreuung und Pflege der alten Eltern sowie Erbschaftsangelegenheiten Anlass für Konflikte (z. B. Fthenakis und Textor, 2004; Zank und Schacke, 2005). In *überforderten* Familien münden Probleme häufig in *Gewalt* oder *Missbrauch* von Angehörigen, insbesondere von Kindern und alten Menschen. In einer Auswertung vorliegender Untersuchungen stellten Kaufman und Zigler (1987) fest, dass in ca. 30 % der untersuchten *gewalttätigen* Familien bereits in der Vorgeneration entsprechende Interaktionsmuster existierten; demgegenüber war dies nur in 4 % der unauffälligen Familien der Fall. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Egeland et al. (1987; vgl. auch Kemmler-Drews und Sewerin, 1989; Wallerstein und Blakeslee, 1996; Zank und Schacke, 2005). Windle und Dumenci (1997) fanden bei 200 Paaren mit Kindern, dass höherer Stress, geringe Partnerzufriedenheit und geringe Familienkohäsion sowie höhere Ehedauer mit höheren Raten depressiver Symptome bei den Eheleuten einhergingen. Die größte Vorhersagekraft für eine eigene Scheidung hatten dabei Verhaltensprobleme wie *Ängste, Verletzlichkeit, Eifersucht, dominantes Verhalten, Kritiksucht, mangelnde Gesprächsbereitschaft, Untreue, Provokationen, häufige Abwesenheit und Geldverschwendung* - alles Verhaltensmuster, die den Kindern vorgelebt werden und deren eigene Partnerschaftsprognosen beeinflussen (vgl. zusammenfassend BMFS, 1994; Diekmann und Engelhardt, 1995; BZGA, 1998; Klein und Kopp, 1999; Amato, 2000; Kaiser, 2002b; Bodenmann, 2004). Wie die dargestellten Gesichtspunkte und Mechanismen zusammenwirken, sei nun am Beispiel einer Familienanalyse veranschaulicht.

Sophie¹ hat Probleme, Beziehungen aufrechtzuerhalten. Sie ist die mittlere Schwester eines älteren Bruders und einer jüngeren Schwester. Der ältere Bruder ist nach ihren Angaben

¹ Namen und Details geändert.

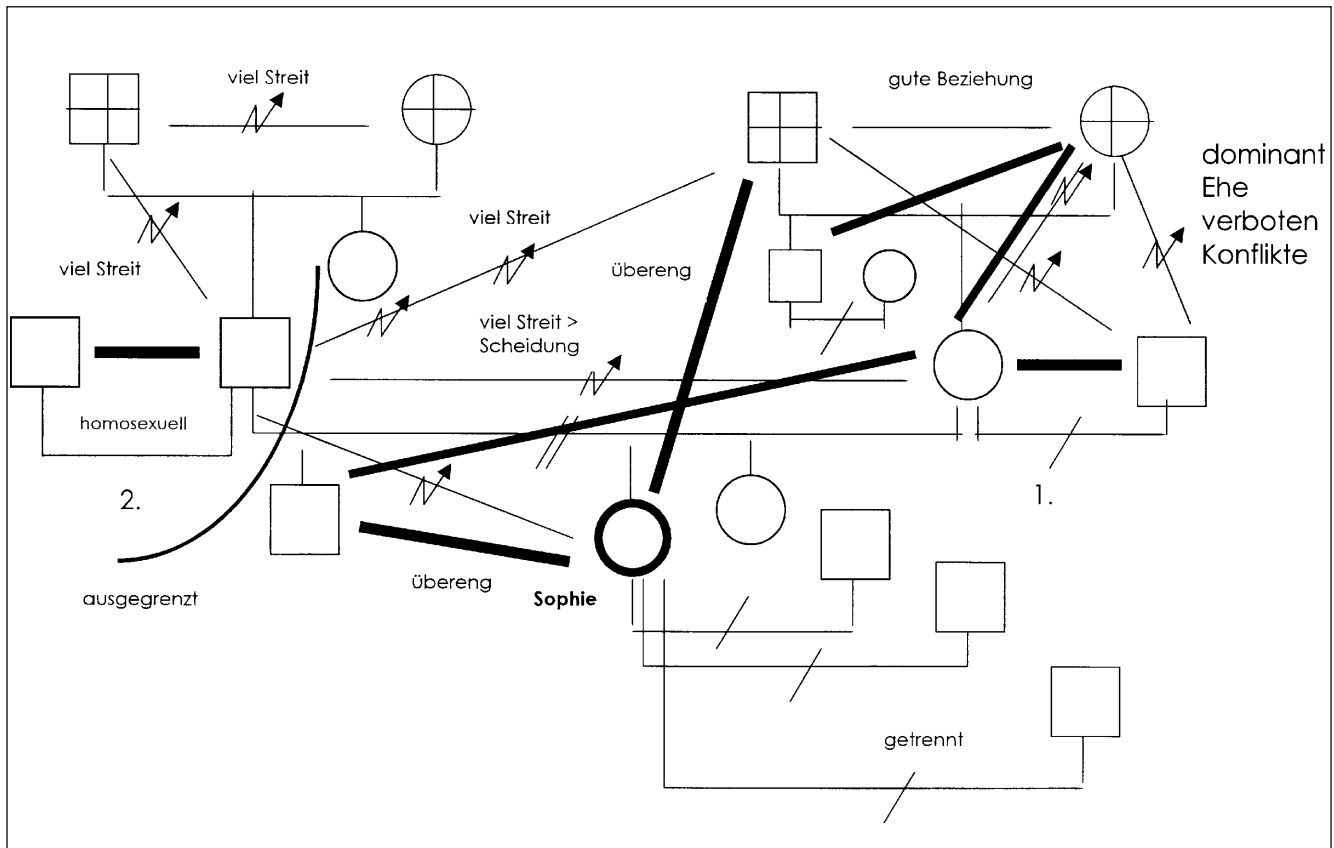


Abbildung 2 : Das Genogramm von Sophie (Erläuterungen im Text)

Liebling und Partnerersatz der Mutter und engste Bezugsperson für Sophie, um den sie mit der Mutter konkurriert. Der Opa hat sie vor allem nach dem Verlust des Vaters und dem Scheidungstrauma sehr unterstützt. Der Opa war ein gebildeter Mann und hat sie immer sehr gefördert und ermutigt, eine akademische Ausbildung zu machen. Zu der fünf Jahre jüngeren Schwester, die sie wegen der Berufstätigkeit der Mutter oft betreuen musste, hat Sophie ein eher distanziertes Verhältnis. Die Mutter konnte sich zeitlebens nicht von ihrer eigenen sehr dominanten Mutter lösen, mit der sie eine Hassliebe verbindet. Diese hatte sie seinerzeit daran gehindert, ihren Verlobten, an dem sie heute noch hängt, zu heiraten. Der nächste Partner war Sophies Vater, den sie trotz des Widerstands der Eltern geheiratet hat. Mit diesem Mann „zweiter Wahl“ hat sie drei Kinder bekommen; die Ehe war sehr konfliktuell; nach zehn Jahren bekannte er sich zu seiner Homosexualität und zog nach dramatischer Trennung von der Familie mit seinem Partner zusammen. Sophie hat zu ihrem Vater, der mit Frauen wenig anfangen kann, bis heute ein sehr gespanntes Verhältnis. Aufgrund dieser Vorgeschichte konnte sich kein abgegrenztes Geschwistersubsystem entwickeln. Die nach der Scheidung alleinerziehende Mutter schloss sich mit ihren Kindern fortan (noch) enger ihren Eltern an und war ihren Kindern eher ältere Schwester als Mutter. Der Großvater nahm zugleich die Chance wahr, sich als der „bessere Vater“ im Vergleich zum Schwiegersohn zu erweisen und darin Recht zu behalten, dass die Partnerwahl der Tochter

„falsch“ war. Sophie hatte mit ihrer Mutter, die sie als Konkurrentin erlebte, um die Gunst des Bruders zu kämpfen. Die Beziehung zur jüngeren Schwester wurde ihr vielfach vergällt durch die ihr auferlegten Betreuungsaufgaben. Diese nahmen ihr „einen Teil der Kindheit“. Sie beneidete ihre Schwester und den Bruder darum, dass diese in der Familie „wichtiger“ waren und mehr Aufmerksamkeit erhielten. Sie macht sich Fremdzuschreibungen schnell zu Eigen, ihr Selbstwertgefühl ist leicht zu erschüttern.

Sophie konnte sich aus der übereng, erotisierten Beziehung zum Bruder und der Bindung zum Großvater erst sehr spät lösen. Die Beziehung zu Männern fiel ihr daher lange Zeit schwer, da sie zwischen Beziehungsscheu und Verschmelzungswünschen hin und her schwankte.

Sophie fühlte sich (als mittleres und als vom Vater verlassenes Kind) Altersgenossen gegenüber lange nicht gleichwertig, sie zweifelte an ihrem Selbstwert und ihrer Partnerfähigkeit als Frau. Sie lernte in der Therapie, sich gegen Fremdzuschreibungen abzugrenzen, partnergerecht zu kommunizieren und ein autonomes Kompetenz- und Selbstwertgefühl zu entwickeln. Sophie hatte nicht nur kein funktionierendes, sondern ein abschreckendes Modell von Partnerschaft und der männlichen Rolle erlebt; sie verhält sich männlichen Partnern gegenüber hoch ambivalent. Sie lernte in der Therapie, ihre Trauer über das Vergangene zuzulassen und sich nach und nach von ihren unerfüllten kindlichen Bedürfnissen und internali-

sierten familialen Modellvorstellungen zu lösen. So konnte sie zunehmend eigene konstruktive Lebenskonzepte entwickeln und realisieren. Sophie hat kein kompetentes Modell von Partnerschaft oder Elternschaft erlebt; ihre Mutter konnte sich von ihren Eltern nie ablösen und selbständig werden. Sie wurde stattdessen zur „älteren Schwester“ ihrer Kinder. Sophie lernte in der Therapie, sich von ihren ungünstigen familialen Modellvorstellungen und ihrer eigenen Frauenrolle zu trennen und eigene konstruktivere Lebenskonzepte zu entwickeln und zu erproben.

In unserem Fallbeispiel wird deutlich, wie Einsichten in intergenerationale Muster und Interaktionsgefüge Ansatzpunkte für spezifische therapeutische Interventionen liefern können. Selbst wenn die Angehörigen nicht direkt in die Therapie einbezogen werden, können sich die Beziehungen mit diesen entwickeln, wenn der Indexpatient lernt, autonom und toleranter zu werden (vgl. Kramer, 1985; McGoldrick und Gerson, 1992; Kaiser, 2002a).

Schlussfolgerungen aus der Mehrgenerationenforschung

Die vorliegenden Ansätze und Ergebnisse legen nahe, auch in der therapeutischen Praxis darauf zu achten, wie stark die Verstrickung der Generationen in tradierte Muster sein kann. Zugleich ist zu fragen, wie Angehörige zum familialen Zusammenleben beitragen und welcher Ressourcen es zu dessen Gelingen bedarf. Partner, Kinder (Ur-)Großeltern, Onkel und Tanten, aber auch Freunde und Bekannte sind zu dynamischen sozialen Systemen und Systemnetzwerken verwoben. Hier ist zu klären, welchen Stellenwert diese Interaktionen im Leben der Angehörigen direkt oder indirekt haben und welche Strukturen, Organisationsformen und externen Ressourcen das Familiensystem dafür braucht.

Der Pluralismus von Familienformen und Lebensauffassungen im Kontext des Mehrgenerationenverbandes einerseits und die Vielfalt unterschiedlicher Umwelten andererseits machen eine differenzierte Betrachtung familialer Lebenskonzepte und damit verbundener Kriterien und Probleme sinnvoll.

Je differenzierter und komplexer das therapeutische Vorgehen auf die Eigenart der Beteiligten und Besonderheiten ihrer Lebenssituation zugeschnitten ist, desto größer dürfte der Ertrag sein. Wesentliche Instrumente in diesem Zusammenhang sind die zielgerichtete Erhebung und Analyse der transgenerationalen Bezüge und der Familiengeschichte einerseits und die Arbeit an Entwicklung und Realisierung optimierter Lebenskonzepte für ein besseres Leben in der Zukunft andererseits.

Genographische Mehrebenenanalyse als diagnostisch-therapeutisches Verfahren

Da jegliche therapeutische Arbeit von der Kenntnis intergenerationaler Zusammenhänge profitiert, ist eine routinemäßige Erhebung der wichtigsten Familiendaten und -muster in der Anfangsphase sinnvoll. Diese können schon bei der Anmeldung am Telefon oder im Erstgespräch erfragt werden. Die Angaben werden am besten sofort in Form eines Genogramms graphisch festgehalten. Dies dauert bei etwas Übung ca. 10 Minuten. Die dabei gewonnenen Basisinformationen können

gegebenenfalls im weiteren Verlauf vertieft werden, was dann – je nach Anspruch und Komplexität des Falles – ein bis vier Stunden dauert.

Das genographische Interview

Auf einem Bogen Papier neben dem Telefon oder an der Wand zeichnen wir den Patienten, seinen Partner, seine Kinder, seine Eltern und Geschwister, sodann Großeltern, Onkel und Tanten usw. ein. Gegebenenfalls geschieht dies auch für die Herkunftsfamilie des Partners (vgl. McGoldrick und Gerson, 1990; Schmidt, 2003; Kaiser, 1989, 2002a, 2005). Im Weiteren fragen wir nach Geburts- und weiteren wichtigen Daten zu Beruf, Werdegang, Familienstand, Kindern, Ressourcen, Krankheiten, kritischen Lebenssituationen etc. Wir bitten gegebenenfalls, Personen zu charakterisieren, ihre Geschichte, wichtige Beziehungen und Ereignisse zu erzählen.

Um sequentielle Abfolge und Zusammenhänge familialer Daten leichter überschauen zu können, legen wir neben den Genogrammen eine *Familienzeittafel* an (vgl. Stierlin et al., 1977; McGoldrick und Gerson, 1992; Kaiser, 1984, 1989, 2002a, 2005; Hildenbrand, 2004). Auf diese Weise werden oft verblüffende *Parallelitäten* zwischen den Generationen sichtbar: So geschehen in manchen Familien bestimmte Ereignisse in einem bestimmten Alter oder zeitlichen Zusammenhang (z.B. Heiraten, Geburten, Todesfälle; s. Abb. 2). Ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Heirat und der Geburt des ersten Kindes deutet vielfach auf eine unerwünschte Schwangerschaft und „Mussheirat“ etc. hin. Stimmt der Zeitpunkt eines familialen und eines historischen Ereignisses überein – z.B. Geburt und Kriegsausbruch – ergeben sich daraus wichtige weitere Fragen (z.B. nach der Abwesenheit des Vaters oder anderen Kriegsfolgen).

Bespricht man Familienbeziehungen/-geschichte ausführlicher, geben die Beteiligten zu den einzelnen Beziehungen und zur Bewertung wesentlicher Ereignisse jeweils ihre Stellungnahme ab. Von sich aus sprechen die Angehörigen zunächst über diejenigen Themen und Personen, die ihnen nicht zu viel Angst machen, und vermeiden solche, die ihnen unangenehm sind. Anhand *nonverbaler* Signale kann man leicht Hinweise auf brisante Themen erhalten, die der Verdrängung, Verleugnung und anderen *Abwehrmechanismen* unterliegen. Um solche Themen wird oft aus Loyalität der Mantel des *Geheimnisses*, eines *Tabus* oder eines *Mythos* gebreitet (vgl. Stierlin et al., 1977; Ferreira, 1980; Kaiser, 1998). In einfühlsam geführten Gesprächen lösen sich solche Realitätsverschleierungen mit zunehmender Sicherheit der Beteiligten meist von selbst auf. Widerstand wird meist von selbst überflüssig, wenn seine Entstehungsbedingungen in Systemkontexten und Familiengeschichte bewusst werden.

In weiteren Durchgängen trachten viele Angehörigen danach, ihr Bild zu vervollständigen bzw. neue Fragen zu formulieren. Dabei werden manchmal weitere Probleme (vor allem traumatische Erlebnisse) deutlich, die sodann genauer rekonstruiert und aufgearbeitet werden können (z.B. mit Skulptur-/Aufstellungstechniken, freiem Assoziieren, Traumanalyse, Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte, Focusing, positivem Konnotieren oder Plananalyse (vgl. Thomä und Kächele, 1986; Gendlin, 1998; Caspar, 1996; Schorn, 2000; Schmidt, 2003; Sachse, 2002; Beutler et al., 2004). Solcher erlebnis-

aktivierenden Arbeit kommt die Anwesenheit der Familie selbst oder aber einer *Gruppe* sehr zugute, wenn der Zusammenhalt und das Vertrauensverhältnis der Beteiligten genügend ausgeprägt sind. Da die wenigsten Patienten ihr Familiensystem in seiner Gesamtheit und sich selbst schon einmal aus der Distanz betrachtet haben, erlauben solche Simulationen Erkenntnisse, die therapeutische Arbeit weiter zu präzisieren. Vor allem herausragende Themen wie Missbrauchserlebnisse, Verletzungen oder schwere eigene Verfehlungen, wie z.B. Naziverbrechen, können mit solchen Methoden geklärt werden (vgl. Kaiser, 1989, 2005; Schmidt, 2003).

Die genographische Exploration liefert viele Hinweise auf Ressourcen und Anfälligkeiten für die familiäre Funktionsfähigkeit und Lebensqualität (s.o.). Häufige Beispiele sind unverarbeitete Personenverluste, Funktionalisierung und Überforderung von Angehörigen oder andere transgenerational wirksame dysfunktionale Strukturen. Unbearbeitete *Ablösungsprobleme*, vor allem vom gegengeschlechtlichen Elternteil, lassen der Paarbeziehung zu wenig Raum; der erste Platz neben einer *Vatertochter* oder einem *Muttersohn* ist dann anderweitig besetzt. Wegen solcher Prioritäten werden Kinder von Loyalitäts- und Rollenkonflikten überfordert, die Partnerschaft und der Partner abgewertet. Wegen der resultierenden Paarprobleme findet oft eine *Selbstabwertung* statt, die das Selbstwertgefühl schmälert. Eine weitere häufige Beobachtung bezieht sich auf dysfunktionale Modellvorstellungen aufgrund ungünstiger Verhältnisse, wie etwa unglückliche oder distanzierte Familienbeziehungen im Zusammenhang mit abwesenden Vätern (s. Fallbeispiel Abb. 1; vgl. Kaiser, 1989, 2002b).

Bei länger zurückliegenden Ereignissen ist stets zu bedenken, dass Aussagefähigkeit und Verlässlichkeit retrospektiver Informationen aus verschiedenen Gründen eingeschränkt sein können (vgl. Schepank, 1987; Franz et al., 2000; Welzer, 2002):

- Informationen werden nicht, verzerrt oder bruchstückhaft erinnert und oft aus heutiger Sicht neu interpretiert
- Informationen werden aufgrund individueller oder familiärer Abwehrprozesse verleugnet, verdrängt, tabuisiert oder mythologisiert

Diesen Nachteilen ist durch Heranziehen von Dokumenten und Zeitzeugen etc. teilweise abzuwehren. Auf diese Weise konnten wir schon etliche Familiengeheimnisse und Mythen aufklären (vgl. Schepank, 1987; Amato, 2000; Franz et al., 2000; Kaiser, 1996, 2005).

Generationenbeziehungen als Interventionsgegenstand

Wenn Patienten professionelle Hilfe suchen, streben sie letztlich eine verbesserte *Lebensqualität* an und eben *nicht* nur die Befreiung von Beschwerden. Daher bedarf es genauer Bestimmung der angestrebten Ziele, der Bedingungen für deren Erreichung sowie der beklagten Probleme. Grawe (1998) ermittelte *fünf Wirkdimensionen* von Therapie, die es auch hier zu berücksichtigen gilt:

1. lebensweltliche *Bewertung* der Situation, der *Ressourcen* und *Probleme* durch die Angehörigen, nicht nur den Indexpatienten;

2. *Systemebene*; hier werden Systemstrukturen und Systemdynamik ebenso erörtert wie korrespondierende intrapsychische Prozesse, wie z.B. Fixierungen, Interaktionsmuster und Strukturen des *Mehrgenerationensystems* thematisiert, die in ihren Auswirkungen oftmals nicht (genügend) bewusst wahrgenommen werden (s.u.);
3. die *Kommunikation* der Angehörigen kann einerseits bezüglich ihrer *Inhalte*, andererseits bezüglich der *Art* und *Weise* reflektiert werden, *wie* (nonverbal) kommuniziert wird;
4. *Bedeutungen* eines Geschehens für die Angehörigen können hinsichtlich der Bedürfnislage (*motivational*) oder aber hinsichtlich der *Realisierbarkeit* von Wünschen erörtert werden;
5. *Veränderungen*, die von den Angehörigen gewünscht oder verweigert werden.

Vorliegenden Befunden zufolge ist es generell hilfreich, Probleme präzise zu untersuchen, dies jedoch in einen genügend *ermutigenden, ressourcenorientierten* Zusammenhang einzubetten. So liegt es nahe, den Patienten *lösungsorientiert* behilflich zu sein, zunächst Visionen und Szenarien eines *besseren* Lebens zu artikulieren und untereinander sowie mit anderen Beteiligten abzugleichen. Die Perspektive der Verbesserung von Lebensqualität ermöglicht, sich darüber Gedanken zu machen, wie man die Zukunft positiv gestalten und *beiläufig* die Probleme erledigen kann. Die Beteiligten brauchen sich hierzu auch nicht als „therapiebedürftig“ zu stigmatisieren; es genügt völlig, wenn sie an einer *Optimierung* ihrer Lebensqualität interessiert sind (vgl. zusammenfassend Grawe, 1998, 2004; Kaiser, 2002a; Lambert, 2004). Über einen solchen *Dialog* können die Patienten mit ihren Angehörigen prüfen, ob und wie sie sich über *zukünftige* gemeinsame *Lebensziele* und ein optimiertes *Modell* ihrer gemeinsamen Lebenswelt verständigen möchten. Die erarbeiteten Perspektiven sind umso nützlicher, je besser sie operationalisiert und je leichter sie überprüfbar sind. In diesem Rahmen lässt sich auch prüfen, wie realistisch die eigene Situation und die Generationenbeziehungen von den Angehörigen gesehen wird oder ob Ressourcen übersehen (Dissonanz) bzw. Differenzen in Anpassung an die Gegebenheiten „schöngeredet“ werden. Ein solches Vorgehen hat den zusätzlichen Vorteil, dass die Patienten zugleich allgemein verwendbare Strategien erlernen.

Sieben Schritte der Zukunftsarbeit

Bei aller Bewusstheit für den familialen Hintergrund und dessen Bedeutung sollen in einer Psychotherapie die Weichen für eine bessere Zukunft auch und gerade der Generationenbeziehungen gestellt werden. Dabei hat sich das nachfolgend beschriebene Verfahren nach unseren Erfahrungen besonders bewährt (Grawe, 1998; Lambert, 2004; Kaiser, 2000, 2003 a):

- 1) Entwicklung einer *Zukunftsvision*: Gerade in der ersten Phase einer Therapie ist die Situation vieler Patienten sehr angespannt, weil sich alles um Probleme dreht. Hier bringt es meist schon Erleichterung, wenn man zügig zu der Frage kommt, was denn *an die Stelle* der Probleme treten solle und wie eine *angenehme(re)* Zukunft ausse-

hen könne. Um aus der Verstrickung in aktuelle Probleme herauszukommen, fragen wir *nicht* nach aktuellen kurzfristigen, sondern weiter in der Zukunft liegenden *Ober-Zielen* und lassen skizzieren, wie ein *optimales* Leben in drei bis fünf Jahren aussehen könnte. Wir ermutigen die Patienten, Visionen optimaler Szenarien für die relevanten Beziehungen und Lebensbereiche zu formulieren. Dies geschieht zunächst unabhängig davon, wieweit diese tatsächlich realisierbar sind. Erst wenn die *Fernziele* und damit die Richtung geklärt sind, macht es Sinn über Vorgehensweisen zur Zielerreichung zu reden (z.B. Kaiser, 2002a, 2003a). Als Heuristik kann dabei das Strukturmodell familialer Lebensqualität dienen (Abb. 1). Die Ziele sollten so klar formuliert werden, dass stets der Grad der Zielerreichung beurteilt werden kann. Hierzu empfiehlt es sich, die einzelnen Aspekte möglichst präzise aufzuschlüsseln und auch nach den Prioritäten der beteiligten Angehörigen verschiedener Generationen zu fragen. So stellt sich meist ziemlich schnell heraus, wie breit die gemeinsame Basis für eine befriedigende Zukunft ist. Wo sich die gemeinsame Basis nicht verbreitern lässt und Probleme nicht zu lösen sind, ist über konstruktive Abgrenzungsstrategien nachzudenken, die die Eigenarten der Generationen respektieren und dabei auch minimale Gemeinsamkeiten würdigen.

Da die mit dem Patienten und seinen Angehörigen befassten Helfer nicht unabhängig voneinander gesehen werden können, empfiehlt sich oft, genauer zu ermitteln, welche professionellen Helfer bzw. Stellen, aber auch Freunde und Vertrauenspersonen sonst noch im Spiel sind. Meist ist es günstig, mit diesen *selbst* zu reden und sie gegebenenfalls in das weitere Vorgehen einzubeziehen - am besten in gemeinsamen Sitzungen mit den Angehörigen und allen beteiligten Helfern.

- 2) *Zielprioritäten*: Erst wenn die *langfristigen* Ober-Ziele für die wichtigsten Bereiche zwischen den Angehörigen abgestimmt sind, ist es sinnvoll, über *mittelfristige* und *kurzfristige* (Zwischen-)Ziele zu sprechen. Sonst besteht die Gefahr, nachrangige Ziele zu formulieren, die mit den Oberzielen inkompatibel sind und daher auf Abwege führen.
- 3) *Sammeln von Vorgehensmöglichkeiten*: Sind die lang- und mittelfristigen Ziele für die wichtigsten Bereiche abgestimmt, ist zu klären, wie die einzelnen Ziele zu erreichen sind. Auch hier empfiehlt es sich, Schritt für Schritt zu erörtern und auszuarbeiten, welche Ressourcen und welche Schritte erforderlich sind: Widerstände bearbeiten, den Kindern Grenzen setzen, liebevoller vorgehen usw.
- 4) *Folgenabschätzung*: Haben die Patienten herausgefunden, wie zur Erreichung eines bestimmten Ziels vorgegangen werden muss, ist zu prüfen, welche Konsequenzen und Nebenwirkungen dabei zu erwarten sind. Diese können mittel- und längerfristig für die Generationen recht unterschiedlich ausfallen (z.B. Entwicklung der Kinder karriere- oder krankheitsbedingt abwesender Eltern).

- 5) *Ressourcenklärung*: Sind geeignete Wege zum Ziel gefunden, ist zu klären, welche Ressourcen dafür zur Verfügung stehen und welche zu beschaffen wären/optimierungsfähig sind. Hierfür kann wiederum das heuristische „Strukturmodell familialer Lebensqualität“ Orientierungshilfe leisten (Abb. 1).

Mit diesen Klärungen ist vielen Patienten schon genug geholfen, so dass sie allein weiterkommen (wollen). Ansonsten kann sich nunmehr die direkte Einbeziehung der Angehörigen bei der Differenzierung und Umsetzung der Planungen anschließen, was in der Regel leicht fällt, sofern diese als „*Experten*“ für die *Lebensqualität* der Familie und des Indexpatienten angesprochen werden.

- 6) *Aktivierung und Einsatz von Ressourcen*: Modellvorstellungen können nach dem Konzept von Gottman, Konflikte nach dem Harvard-Modell bearbeitet werden (Montada und Kals, 2001; Gottman und Silver, 2000). *Erziehungs-, Problemlöse-, kommunikative* oder *Coping-Kompetenzen*, kann man mittels international erprobter Verfahren und Programme optimieren (Grawe, 1998, 2004; Gurman und Jacobson, 2002; Lambert, 2004).
- 7) *Prozessfeedback und Bewältigung von Problemen*: Je differenzierter die Patienten ihre Ziele verfolgen, um so leichter können sie auch kleinste Erfolge würdigen bzw. Abweichungen erkennen und korrigieren. Je unsicherer sie in ihren familialen Beziehungen sind, desto leichter kommt es zu Widerständen und Konflikten. Diese können entweder therapeutisch aufgearbeitet oder – was meist praktikabler ist – systemisch umgangen werden, indem man wieder auf die Zieldiskussion zurückkommt.

Zum praktischen Vorgehen

Gerade in der Mehrgenerationentherapie kommt es neben Wertschätzung, einfühlsamem Verstehen und Authentizität sehr auf eine *neutrale/allparteiliche* Haltung und die Beachtung der *Abstinenzregel* an (Schlippe und Schweitzer, 1996; Grawe, 2004; Scheib und Brunner, 2002; Lambert, 2004). Die Arbeit sollte immer *ergebnisoffen* sein.

Kommen die Angehörigen zu gemeinsamen Gesprächen, ist es – eingedenk der Unterschiede zum einzeltherapeutischen Setting – vorteilhaft, *strukturiert* vorzugehen und nichts dem (konflikträchtigen) Zufall zu überlassen. Gerade bei brisanten Themen kann der Therapeut mit gezielten Fragen das Gespräch so steuern, dass alle Beteiligten stets genügend *Schutz* (vor Demütigung oder Unterbrechung etc.), *Ermütigung* und Bezug zu ihren Ressourcen erfahren. Hier hilft oft eine gezielte Akzentverschiebung oder ein Themenwechsel. Das Strukturmodell familialer Lebensqualität kann dabei immer wieder Anregungen für die Betonung vorhandener Ressourcen oder weitere Fragen liefern.

Vor einer Sitzung kann man durchaus einen Regie- und Zeitplan sowie *Fragen* an die Beteiligten ausarbeiten: Diese können jeweils *direkt* oder *zirkulär* gestellt werden. Zirkuläre Befragung des jeweils nicht selbst betroffenen Angehörigen über andere hat mehrfache Vorteile: Einmal umgeht man evtl. Widerstände, die ein direkt Betroffener hat. Zum anderen er-

fahren die Angehörigen und der Therapeut, wie differenziert sich die Befragten bislang miteinander beschäftigt haben. Drittens ergeben sich neue Anstöße für das Gespräch der Angehörigen untereinander; viertens schützt sich der Therapeut so vor Vereinnahmung durch eine Seite (vgl. Schlippe und Schweitzer, 1996).

Vielen Patienten dürfte mit den skizzierten Verfahren in ein bis fünf Sitzungen (weiter-)zuhelfen sein. Je weniger erfahren Therapeuten im Umgang mit der Mehrgenerationenperspektive und Familien sind, desto eher empfiehlt sich ein strukturiertes Vorgehen nach einem *Leitfaden* (z.B. Kaiser, 2002a, 2003a). Je schwieriger die Probleme der Klienten oder je konkreter man Trainingsziele formuliert hat, umso kürzer wählt man die Zeitintervalle zwischen den Sitzungen, die, wenn es um Anregung autopoietischer Prozesse oder das Ausprobieren von Konzepten geht, durchaus mehrere Wochen oder sogar Monate betragen können. Fühlt man sich als Therapeut unsicher, wäre zur Sicherung der eigenen Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit an Supervision oder Einbeziehung eines spezialisierten Familientherapeuten zu denken.

Ausblick

Wie befriedigend Familienleben in Mehrgenerationensystemen sein kann, ist abhängig von Strukturen und Prozessen familialer Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Kompetenz der Angehörigen, aber auch von den gesellschaftlichen und materiellen Lebensbedingungen. In unterschiedlichen Konstellationen und Phasen im Lebens- und Familienzyklus gibt es dabei eine Vielfalt familialer und individueller Möglichkeiten, die mit genographischen Methoden zu ermitteln sind. Zukunftsorientierte, ressourcenaktivierende Arbeit unter der Mehrgenerationenperspektive kann Patienten helfen, nicht nur vertiefte Einsichten in ihre Entwicklungs- und Familiendynamik zu gewinnen und ihr Erlebens- und Handlungsrepertoire zu erweitern, sondern auch die Qualität ihres (Zusammen-)Lebens in der Familie erheblich zu verbessern.

Literatur

Amato PR (2000): The consequences of divorce for adults and children. *J Marriage Fam* 62:1269-1287

Amendt G, Schwarz M (1990): Das Leben unerwünschter Kinder. Forschungsergebnisse und Erfahrungen aus drei Jahrzehnten. Bremen: Universität Bremen

Bauer J (2002): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt: Eichborn

Bertram H (1997): Familienwandel und Generationsbeziehungen. München: Deutsches Jugendinstitut (DJI)

Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood, TM, Talebi H, Noble S, Wong E (2004): Therapist variables. In: Lambert MJ (ed.): *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, pp. 227-306

BMFS (Bundesministerium für Familie und Senioren) (Hrsg.) (1994): Fünfter Familien-Bericht: Familien und Familienpolitik im geeinten Deutschland – Zukunft des Humanvermögens. Bonn, Bundesdruckerei

BMFS (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen Jugend) (1998): 10. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland. Bonn, Bundesdruckerei

BMSSG (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen) (1999): Familienbericht 1999. Wien, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Abteilung für Familienpolitik

Bodenmann G (2004): Verhaltenstherapie mit Paaren. Ein modernes Handbuch für die psychologische Beratung und Behandlung. Bern: Huber

Boszormenyi-Nagy I, Spark M (1981): Unsichtbare Bindungen. Stuttgart: Klett-Cotta

Bradbury TN, Karney BR (1998): Längsschnittuntersuchungen zum Verlauf partnerschaftlicher Beziehungen. In: Hahlweg K, Baucom D, Bastine R, Markman H (Hrsg.): *Prävention von Trennung und Scheidung. Internationale Ansätze*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 115-132

Braukhaus Chr, Saßmann H, Hahlweg K (2000): Erfolgsbedingungen von Partnerschaften. In: Kaiser P (Hrsg.): *Partnerschaft und Paartherapie*. Göttingen: Hogrefe, S. 173-190

Bretherton I (2001): Zur Konzeption innerer Arbeitsmodelle in der Bindungstheorie. In: Gloger-Tippelt G (Hrsg.): *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern: Huber

Bullinger M, Siegrist J, Ravens-Sieberer U (Hrsg.) (2000): *Lebensqualitätsforschung aus medizinspsychologischer und -soziologischer Perspektive*. Göttingen: Hogrefe

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1998): *Was erhält Menschen gesund ? Band 6*. Köln: Eigenverlag

Caspar F (Hrsg.) (1996): *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen: DGVT-Verlag

Cicchetti D (1999): Entwicklungspsychopathologie: Historische Grundlagen, konzeptuelle und methodische Fragen, Implikationen für Prävention und Intervention. In: Oerter R, Hagen C, Röper G, Noam G (Hrsg.): *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz, S. 11-44

Dathe D (1998): Der Familienzyklus als Bestimmungsfaktor für das Familieneinkommen und das Arbeitsangebot. Eine Untersuchung für West- und Ostdeutschland auf der Grundlage des Mikrozensus 1995. HYPERLINK "<http://skylla.wz-berlin.de/pdf/1998/i98-208.pdf>" <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/1998/i98-208.pdf>

Deutscher Gewerkschaftsbund (2000): *Armut in Deutschland*. Frankfurt: Eigenverlag

Diekmann A, Engelhardt H (1995): Die soziale Vererbung des Scheidungsrisikos. *Z Soziol* 24:215-228

Donabedian A (1980): *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I: The definition of quality approaches to its assessment*. Ann Arbor: University of Michigan Press

Duvall EM (1977): *Marriage and family development*. New York: Lippincott

Egeland B, Jacobvitz D, Papatola K (1987): Intergenerational continuity of abuse. In: Gelles RJ, Lancaster JB (eds.): *Child abuse and neglect: Biosocial dimensions*. Chicago, IL: Aldine-De-Gruyter, pp. 255-276

Esser G, Laucht M, Schmidt, MH (2001): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern. In: Schneewind KA, Graf J, Kruse J, Schmidt M, Walper S, Weiß J (Hrsg.): *Abstractband zur 2. Münchner Tagung für Familienpsychologie vom 16.-17.2.2001*. München: Institut für Psychologie der Universität München

Ferreira A (1980): Familienmythen. In: Watzlawick P, Weakland JH (Hrsg.): *Interaktion*. Bern: Huber, S. 85-93

Framo JL, Weber TT, Levine F (2003): *Coming home again: A family of origin consultation*. New York: Brunner-Routledge

Franz M, Lieberz K, Schepank H (Hrsg.) (2000): *Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung*. Wien: Springer

Fthenakis WE, Textor MR (2004): *Das Online-Familienhandbuch* (www.familienhandbuch.de)

- Gendlin ET (1998): Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. München: Pfeiffer
- Gerhardt S (2004): Why love matters – how affections shape a baby's brain. New York: Brunner-Routledge
- Gloger-Tippelt G (Hrsg.) (2001): Bindung im Erwachsenenalter. Bern: Huber
- Gottman JM und Silver N (2000): Die 7 Geheimnisse der glücklichen Ehe. München: Schröder
- Grawe K (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe
- Grawe K (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Gurman AS, Jacobson NS (eds.) (2002): Clinical handbook of couple therapy. New York: Guilford Publications
- Heekerens HP (1987): Das erhöhte Risiko der Ehescheidung: Zur intergenerationalen Scheidungstradierung. Z Soziol 16:190-203
- Hehl FJ (2002): Von der Herkunftsfamilie zur Paartherapie. Heidelberg: Asanger
- Hildenbrand B (2004): Familienforschung und Familientherapie : Die Sequenzanalyse in der Genogrammarbeit. Familiendynamik 29(3):257-287
- Hinde R (1993): Auf dem Wege zu einer Wissenschaft zwischenmenschlicher Beziehungen. In: Auhagen AE, Salisch M (Hrsg.): Zwischenmenschliche Beziehungen. Göttingen: Hogrefe, S. 7-36
- Hofer M, Klein-Allermann E, Noack P (Hrsg.): Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 192-215
- Janus L (1994): Das überzählige Kind – Eine schicksalsbelastete Geschwisterposition. In: Damm S (Hrsg.): Geschwister- und Einzelkinderfahrungen. Aufarbeitung im Kontext multimodaler Psychotherapie. Pfaffenweiler: Centaurus, S. 202-208
- Kaiser P (1982): Kompetenz als erlernbare Fähigkeit zur Analyse und Bewältigung von Lebenssituationen auf mehreren Ebenen. Oldenburg: BIS-Verlag
- Kaiser P (1984): Genographische Mehr-Ebenen-Analyse als Strategie problemlösender Einzel- und Familientherapie. In: Quekelberghe R (Hrsg.): Studien zur Handlungstheorie und Psychotherapie. Bd. 2. Landau: Universität Koblenz-Landau, S. 104-118
- Kaiser P (1989): Familienerinnerungen. Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie. Heidelberg: Asanger
- Kaiser P (1998): Familiengeheimnisse unter transgenerationaler Perspektive. In: Spitznagel A (Hrsg.): Geheimnis und Geheimhaltung. Göttingen: Hogrefe, S. 280-297
- Kaiser P (Hrsg.) (2000): Partnerschaft und Paartherapie. Göttingen: Hogrefe
- Kaiser P (2002a): Systemische Mehrebenenanalyse der familialen Lebensqualität – Hinweise und Kriterien zur praktischen Arbeit mit Familien. In: Sulz SKD, Heekerens H-P (Hrsg.): Familien in Therapie. München: CIP-Medien, S. 51-76
- Kaiser P (2002b): Einführung in die Paar- und Familienpsychologie. In: Sulz SKD, Heekerens H-P (Hrsg.): Familien in Therapie. München: CIP-Medien, S. 5-38
- Kaiser P (2003): Transgenerationale Interaktionen und Partnerschaft. In: Grau I, Bierhoff HW (Hrsg.): Sozialpsychologie der Partnerschaft. Berlin: Springer, S. 111-136
- Kaiser P (2003a): Paartherapie in der psychotherapeutischen Praxis. Psychotherapeuten FORUM. Praxis und Wissenschaft 6:5-11
- Kaiser P (2004): Der Einfluss der Herkunftsfamilien auf die Partnerschaft. In: Fthenakis WE, Textor MR (Hrsg.): Das Online-Familienhandbuch (www.familienhandbuch.de)
- Kaiser P (2005): Qualitative Methoden in der familienpsychologischen Forschung. In: Busch FW, Nave-Herz R (Hrsg.): Familie und Gesellschaft. Beiträge zur Familienforschung. Oldenburg: BIS-Verlag, S. 257-290
- Kaufman J, Zigler E (1987): Do abused children become abusing parents? Am J Orthopsychiatry 57:186-192
- Kelly GA (1986): Die Psychologie der persönlichen Konstrukte. Frankfurt: Pfeiffer
- Kemmler-Dreus SC (1989): Familiäre Hintergründe von Ehescheidungen - eine empirische Untersuchung. Diplomarbeit. Oldenburg: Universität Oldenburg
- Kerr ME, Bowen M (1988): Family evaluation. An approach based on Bowen theory. New York: Norton
- Klein R (1991): Modelle der Partnerwahl. In: Amelang M, Ahrens HJ, Bierhoff HW (Hrsg.): Partnerwahl und Partnerschaft. Formen und Grundlagen partnerschaftlicher Beziehungen. Göttingen: Hogrefe, S. 31-70
- Klein T, Kopp J (Hrsg.) (1999): Scheidungsursachen aus soziologischer Sicht. Würzburg: Ergon
- Kramer JR (1985): Family interfaces: Transgenerational patterns. New York: Brunner & Mazel
- Kreppner K (1989): Linking infant development in context research to the investigation of life span family development. In: Kreppner K, Lerner R (eds.): Family systems and life span development. Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp. 33-64
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (1998): „Leistungen von Großeltern werden zu wenig anerkannt.“ Die Hälfte aller Großmütter betreut regelmäßig Enkel. Pressemitteilung. Bonn: Internetseite KDA aktuell
- Lambert MJ (ed.) (2004): Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York: Wiley
- Massing A, Reich G, Sperling E (1992): Die Mehrgenerationen-Familientherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- McGoldrick M, Gerson R (1990) Genogramme in der Familienberatung. Stuttgart: Huber
- Miller GA, Galanter E, Pribram K (1973): Strategien des Handelns. Stuttgart: Klett-Cotta
- Minuchin S (1977): Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis der strukturellen Familientherapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Montada L, Kals E (2001). Mediation. Weinheim: Weinheim: Beltz
- Murphy M, Glaser K, Grundy E (1997): Marital status and Long-Term Illness in Great Britain. J Marriage Fam 59:156-164
- Nave-Herz A (2004): Ehe- und Familiensoziologie. Weinheim: Juventa
- Ohling M, Heekerens H-P (2003): „Allein erziehende“ Väter 2000. Neue Praxis 33:447-465
- Papastefanou C (2002): Die Erweiterung der Familienbeziehungen und die Geschwisterbeziehung. In: Hofer M, Klein-Allermann E, Noack P (Hrsg.): Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. Hogrefe: Göttingen, S. 192-215
- Perrez M (2000): Psychologie des Familien- und Paarstress: Forschungsentwicklungen. In: Schneewind KA (Hrsg.): Familienpsychologie im Aufwind. Göttingen: Hogrefe, S. 69-88
- Petermann U, Petermann F (2002): Biopsychosoziale Perspektiven der Entwicklungspsychopathologie. In: Rollett B, Werneck H (Hrsg.): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. Hogrefe: Göttingen, S. 46-68
- Rauh, H (2002). Vorgeburtliche Entwicklung und Frühe Kindheit. In: Oerter R, Montada L (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz, 131-192
- Rollett B, Werneck H (Hrsg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. Göttingen: Hogrefe
- Sachse R (2002): Klärungsorientierte Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Sarimski K (1996): Frühgeborene in den ersten Lebenswochen. Bundesverband für das frühgeborene Kind e.V. (Hrsg.): Frühgeborene und ihre Eltern in der Klinik. Heidelberg: Bundesverband für das frühgeborene Kind e.V.
- Scheib P, Brunner, EJ (2002): Qualitätsmanagement und Behandlungsleitlinien. In: Wirsching M, Scheib P (Hrsg.): Paar- und Familientherapie. Berlin: Springer, 665-677

- Schepank H (1987): Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Berlin: Springer
- Schmidt M (2003): Systemische Familienrekonstruktion. Göttingen: Hogrefe
- Schlippe, A v, Schweitzer J (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Schmidt-Denter U (2000): Entwicklung von Trennungs- und Scheidungsfamilien. In: Schneewind KA (Hrsg.) (2000): Familienpsychologie im Aufwind. Göttingen: Hogrefe, S. 203-221
- Schneewind KA (2001): Familienpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Schorn A (2000). Das „themenzentrierte Interview“. Ein Verfahren zur Entschlüsselung manifester und latenter Aspekte subjektiver Wirklichkeit. Forum für qualitative Sozialforschung (<http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-00/2-00schorn-d.htm>)
- Schwarzer R (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Eine Einführung in die Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe
- Sperling E (1965): Die Magersuchtfamilie und ihre Behandlung. In: Meyer JE, Feldmann H (Hrsg.): Anorexia Nervosa. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 35-51
- Statistisches Bundesamt (2005): Statistisches Jahrbuch (www.destatis.de).
- Steinmetz KS, Peterson WG (eds.) (2003): Pioneering paths in the study of families. New York: Haworth Press
- Stierlin H (1978): Delegation und Familie. Frankfurt: Suhrkamp
- Stierlin H, Rücker-Embsen I, Wetzel N, Wirsching M (1977): Das erste Familiengespräch. Stuttgart: Klett-Cotta
- Thomä H, Kächele H (1986): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Berlin: Springer
- Vaskovich V (2000): Homosexuelle Partnerschaften. In: Kaiser P (Hrsg.): Partnerschaft und Paartherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 17-32
- Wagner A, Burchardt R, Deutsch W, Jahn K, Nakath J (1996): Der Geschwistereffekt in der Entwicklung der Personreferenz. Eine Längsschnittuntersuchung mit 27 deutschsprachigen Einzel- und 20 deutschsprachigen Geschwisterkindern im zweiten und dritten Lebensjahr. Sprache & Kognition; VOL: 15 (1-2); 3-22
- Wallerstein J, Blakeslee S (1996): Die gute Ehe. Weinheim: Beltz
- Welzer H (2002): Das kommunikative Gedächtnis. Eine Theorie der Erinnerung. München: Beck
- Wilk L, Knall I, Riedler-Singer R, Gschwandtner M (2004). Zusammenwachsen als Stieffamilie ... das erfordert Zeit. http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Teilstammlinien/s_388.html, 20. Juli 2004
- Wilk L, Knall I, Riedler-Singer R, Gschwandtner M (2004 a). Du lebst in einer Stieffamilie. http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Teilstammlinien/s_395.html. 20. Juli 2004
- Wilk L, Knall I, Riedler-Singer R, Gschwandtner M (2004 b). Neue Geschwister treten hinzu. http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Teilstammlinien/s_391.html. 20. Juli 2004
- Windle M, Dumenci L (1997): Parental and occupational stress as predictors of depressive symptoms among dual-income couples: A multilevel modelling approach. J Marriage Fam 59:625-634
- Wissenschaftszentrum Berlin (2005): Familieneinkommen und das Arbeitsangebot. Eine Untersuchung für West- und Ostdeutschland auf der Grundlage des Mikrozensus 1995 (<http://skylla.wz-berlin.de/pdf/1998/i98-208.pdf>)
- Zank S, Schacke C (2005): Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (www.ipgberlin.de)

Prof. Dr. Peter Kaiser

Arbeitseinheit Psychologie • Hochschule Vechta

Postfach 1553 • 49364 Vechta

peter.kaiser@uni-vechta.de